

**UTAH DEPARTMENT OF HEALTH
OFFICE OF VITAL RECORDS & STATISTICS
288 North 1460 West P O Box 141012
Salt Lake City, Utah 84114-1012**

APLICACION PARA ACTA DE NACIMIENTO

Registros de nacimientos ocurriendo en el estado de Utah desde 1905 hasta el presente se encuentran aquí.

ADVERTENCIA: Es una violación criminal hacer falsas declaraciones en la aplicacion de los Registros Vitales o obtener una acta de nacimiento falsa. Castigos pueden incluir una multa civil de hasta \$5,000.00 y convicción de prision hasta cinco años segun el código de Utah, Secciones 26-23-5, 26-23-5.5 y 26-23-6.

Instrucciones

1. Se llena una aplicación por cada persona.
2. La cantidad de \$15.00 dólares es para buscar el registro. Para copias certificadas adicionales de este registro se paga \$8.00 dólares más (por copia) el mismo día.
3. Llene la aplicación y mándela junto con la cantidad requerida a la siguiente dirección Office of Vital Records and Statistics, 288 North 1460 West, PO Box 141012, Salt Lake City, Utah 84114-1012
4. El solicitante debe responder por escrito a la petición mandada por Vital Records antes de que pasen 90 días después de recibirla; de otra manera, Vital Records puede retener todo el dinero pagado.
5. **Cuando reciba el registro(s) por favor tómese el tiempo para revisar que todo este correcto.** Se pueden corregir y reemplazar las copias hasta 90 días después del día de la emisión.

Vital records
validation only

APLICACION PARA REGISTRO DE NACIMIENTO

Nombre del niño/niña (*Name of child*) _____

Fecha de nacimiento (*Date of birth*) _____ Ciudad (*City*) _____ Condado (*County*) _____

Primer nombre y apellido de soltera de la madre (*First and maiden name of mother*) _____

Lugar de nacimiento de la madre (*Birthplace of mother*) _____

Nombre del padre (*Name of father*) _____

Lugar de nacimiento del padre (*Birthplace of father*) _____

APLICANTE

Relacion: Yo Soy: (Porfavor escoja uno) Uno Mismo Mama Papa Pariente Esposo/a Hijo/a
Abuelito/a Nieto/a Si distinto, especifique _____

Razon por solicitud _____

Su Firma _____ Fecha _____

Imprimir Nombre _____ Numero de telefono _____

Su Direccion _____

(Ciudad, Estado, Codigo Postal)

Numero De Copias Certificadas Necesitada

____ Certificado Regular O ____ Tarjeta \$ 15.00 +

____ Copias adicionales (\$8.00 cada una) \$ _____ +

____ Tarjetas adicionales (\$8.00 cada una) \$ _____ +

Cuota Total \$ _____

(Si su orden tiene que ser enviada, **IMPRIMA** el nombre y direccion.

USO DE OFICINA UNICAMENTE (No escribir debajo de la linia)

PAID: Check Cash Money Order Credit Card

Clerks Initials _____

Revised 07/03

Vital Records Label Only